DISSERTATION

N° 73.

SUR

LA PNEUMONIE AIGUË,

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 23 avril 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR RÉNÉ COUHARD, né à Villiers,

Département de la Côte-d'Or;

Bachelier ès-sciences.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. DUBOIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	.....
Chimie médicale	ORFILA, *Suppléant.*
Physique médicale	PELLETAN, *Examinateur.*
Histoire naturelle médicale	.....
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Examinateur.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX, *Examinateur.* FOUQUIER. ..... CHOMEL, *Président.*
Clinique chirurgicale	BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Berard, *Examinateur.*	Gerdy.
Blandin, *Examinateur.*	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie, *Suppléant.*	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE.

A MA MÈRE.

Faible gage de ma reconnaissance et de mon amitié.

R. COUHARD.

A MON PÈRE.

A MA MÈRE.

Faible gage de ma reconnaissance et de mon amitié.

DISSERTATION

SUR

LA PNEUMONIE AIGUË.

On désigne généralement sous le nom de *pneumonie*, *péripneumonie*, *fluxion de poitrine*, l'inflammation du parenchyme pulmonaire. M. *Andral* lui donne le nom de *pleuro-pneumonie*, parce que, dans presque toutes les inflammations du poumon, la plèvre participe elle-même à l'inflammation, dans le point correspondant au poumon malade.

La pneumonie apparaît à toutes les époques de l'année; mais l'hiver et le printemps sont les deux saisons où elle est plus fréquente.

Tous les âges de la vie y sont sujets. On croyait autrefois que les enfans en étaient rarement atteints ; mais depuis les travaux de *Laennec*, depuis que cet illustre professeur nous a appris à distinguer les unes des autres les différentes affections de poitrine, qui jusqu'alors étaient si souvent confondues entre elles, on a vu que la pneumonie est très-commune chez ces sujets, et que c'est une des maladies qui en entraîne le plus au tombeau. Chez les vieillards, l'inflammation des poumons est souvent latente, souvent aussi elle est

compliquée ; et, si l'on apporte le plus grand soin dans l'examen des fonctions de ces organes, il est très-facile de la méconnaître.

L'inflammation peut atteindre les deux poumons séparément, plus rarement les deux en même temps. L'observation prouve que le droit en est le plus souvent affecté. Elle peut occuper plusieurs parties différentes du même poumon : le lobe inférieur, le lobe supérieur, le centre de l'organe ou sa portion diaphragmatique; de ces différentes régions, le lobe inférieur en est le plus souvent le siége, vient ensuite le lobe supérieur.

M. *Andral* donne le nom de *pneumonie lobulaire* à une forme particulière de la pneumonie, qui occupe à la fois plusieurs points différens et limités de la surface du poumon, ordinairement peu étendus, le tissu pulmonaire placé entre chacun des points affectés étant parfaitement sain.

Causes. Les causes de la pneumonie sont en général toutes celles qui produisent les autres inflammations. Souvent nous pouvons assigner à la maladie qui se développe dans un organe telle ou telle cause plus ou moins appréciable à nos sens ; mais le plus souvent, il faut l'avouer, le contraire a lieu. Plusieurs personnes peuvent s'exposer aux mêmes causes, et cependant chez chacune d'elles il ne naîtra une maladie semblable ; ainsi, chez l'une il surviendra une entérite ; chez une autre une affection cérébrale ; enfin une pneumonie chez une troisième, suivant que tel organe sera prédisposé à l'inflammation, qui se développera aussitôt que la cause aura agi.

Causes prédisposantes. On range ordinairement dans cette classe le tempérament sanguin, nerveux et irritable; l'hypertrophie du cœur, une pléthore générale qui résulte d'une nourriture trop succulente; l'usage abusif des liqueurs spiritueuses, certaines professions qui exposent les poumons à des émanations irritantes ; celles qui fatiguent beaucoup l'organe pulmonaire, comme les joueurs d'instrumens à vent, les crieurs publics; la mauvaise conformation du thorax, l'u-

sage de vêtemens qui serrent trop fortement cette cavité, et particulièrement les corsets. Le poumon est d'autant plus disposé à contracter l'inflammation que déjà il en a été atteint plusieurs fois. Il est à remarquer qu'elle arrive le plus souvent du côté où elle a déjà existé; en général, l'inflammation est moins grave et disparaît plus promptement chez ces personnes que chez celles qui en sont atteintes pour la première fois.

Causes occasionelles. Parmi les causes nombreuses qui peuvent donner lieu à la pneumonie, la plus fréquente est l'impression subite d'un air froid, surtout lorsque le corps est en sueur; un coup, une chute sur la région thoracique; l'équitation, la marche contre le vent; la suppression d'évacuations naturelles ou artificielles, la rétrocession de la goutte ou du rhumatisme, la disparition d'un exanthème, ont tour à tour été assignés comme causes de la pneumonie; mais on a souvent pris l'effet pour la cause. Ainsi, dans un grand nombre de cas, on a attribué à la disparition subite de ces différentes affections beaucoup de phlegmasies internes, qui sont elles-mêmes la cause de cette disparition. Le contraire peut cependant avoir lieu, mais moins souvent que dans le cas précédent.

Lésions anatomiques. On distingue ordinairement trois degrés dans la pneumonie, caractérisés par des signes et des lésions anatomiques qui leur sont propres.

Premier degré. A l'autopsie, on trouve le poumon plus pesant et plus compact que dans l'état sain; sa couleur est d'un rouge tirant sur le violet, teinte que les lavages répétés enlèvent difficilement. Si on le comprime avec les doigts, il en conserve la pression comme un membre infiltré. Il crépite légèrement lorsqu'on le comprime entre les doigts, parce que les cellules pulmonaires sont encore pénétrées par l'air; il n'y a encore qu'une simple infiltration du parenchyme,

qui a perdu un peu de sa force de cohésion. Si on fait des incisions sur la portion du poumon malade, on voit que le tissu de l'organe est plus abreuvé de sang et de sérosité ; tantôt l'afflux sanguin prédomine, tantôt c'est l'afflux séreux.

Deuxième degré. Il est désigné sous le nom d'*hépatisation*, à cause de l'analogie que présente le poumon malade avec le foie. A cette époque, il ne crépite plus sous les doigts qui le pressent; il est imperméable à l'air, plus dur et plus sec que dans le cas précédent; il est rouge, facile à déchirer. Lorsqu'on le coupe par le milieu, ou mieux encore lorsqu'on le déchire, il présente un aspect granuleux, rougeâtre, grisâtre, qui paraît être le caractère de la pneumonie. On aperçoit à la surface de l'incision les vaisseaux sanguins, les rameaux bronchiques, les cloisons celluleuses minces interposées entre les lobules, beaucoup plus apparentes que dans l'état sain. En râclant sa surface avec un scalpel, on en exprime une matière sanginolente plus trouble, plus épaisse que dans la pneumonie au premier degré ; lorsqu'on comprime son tissu entre les doigts, il en suinte un liquide écumeux et sanguinolent.

Quelquefois le poumon a l'aspect et la consistance de la rate.

Troisième degré. A mesure que la suppuration commence à se former, le poumon devient plus pâle ; il offre une couleur nuancée gris-jaunâtre et des taches de la matière noire pulmonaire, ce qui le fait ressembler assez bien à du granit; son tissu est encore ferme et consistant; l'aspect granulé est encore prononcé, parce qu'au commencement de cette période le pus est d'abord sécrété à l'état concret, mais à mesure que la maladie fait des progrès il se liquéfie, et cet aspect diminue; le parenchyme pulmonaire s'infiltre de pus, se ramollit, et la plus légère pression suffit pour déchirer son tissu et y faire naître des cavités plus ou moins grandes, qui en ont souvent imposé pour de véritables abcès. Le pus se trouve rarement réuni en foyer dans l'intérieur des poumons : les auteurs citent à peine quel-

ques exemples de ce genre. Ces abcès ne s'observent guère que dans les pneumonies circonscrites, ce qui, comme le fait observer *Laennec*, peut servir à expliquer la rareté des collections purulentes dans le poumon; car une pneumonie partielle cède ordinairement aux efforts de la nature et de l'art, et une pneumonie très-étendue emporte le malade avant que l'infiltration purulente soit assez avancée pour qu'elle ait détruit le tissu qui la renferme et qu'elle ait formé des foyers. Le même auteur dit avoir trouvé plusieurs fois tout un poumon entièrement excavé : dans ces circonstances, la phlegmasie, par sa lenteur, avait donné à l'autre poumon le temps de se dilater suffisamment pour suppléer aux fonctions de celui qui était devenu impropre à la respiration.

J'ai eu occasion d'observer l'année dernière, dans une des salles de M. *Chomel*, un exemple remarquable d'abcès à la suite d'une pleuro-pneumonie, chez un homme de trente ans, d'une constitution assez forte. Ce malade présenta, vers la fin de son existence tous les signes d'une excavation pulmonaire ; on remarqua chez lui le tintement métallique, la pectoriloquie, le bruit amphorique, le gargouillement produit par la succussion, de plus, une expectoration assez abondante d'un pus fétide. Un matin, en auscultant cet homme, il fut pris de toux, il vomit plein son crachoir de pus; le côté affecté présenta d'abord un son mat à la percussion au début de la maladie, mais sur la fin il s'éclaircit peu à peu et devint sonore. Le malade succomba le quarante-troisième jour de son affection.

Autopsie. A raison de la sonoréité présentée par la poitrine, on chercha à s'assurer s'il n'y avait pas de l'air épanché dans la cavité de la plèvre : à cet effet, on appliqua les deux mains rapprochées l'une vers l'autre en forme de gouttière contre les parois de la poitrine, on y versa de l'eau, et on plongea un bistouri dans les parois thorachiques; aussitôt l'air s'échappa à travers l'eau en agitant ses molécules de manière à produire un gargouillement remarquable.

La poitrine, ouverte avec soin, présenta une grande quantité de pus grisâtre d'une odeur d'œufs pourris dans la cavité de la plèvre gauche; le poumon du même côté offrait une perte de substance énorme; l'excavation résultant de cette perte de substance avait six pouces de haut en bas, quatre pouces transversalement et trois pouces d'arrière en avant; elle était encore à demi-pleine du pus de même qualité que celui qui était encore dans la plèvre. La paroi interne de cette cavité, formée au dépens du parenchyme pulmonaire, était irrégulière, offrait çà et là des enfoncemens, un ramollissement putrilagineux; la paroi externe était formée par la plèvre pulmonaire, qui était adhérente au lobe supérieur, à la plèvre costale dans la largeur d'une pièce de 5 fr.; sur la plèvre correspondante au lobe inférieur existait une solution de continuité opérée en ouvrant la poitrine pour donner issue à l'air contenu dans cette cavité.

Gangrène. Enfin, quand la pneumonie s'est terminée par gangrène, le parenchyme du poumon offre à peu près la même densité qu'au premier degré; il est humide, très-diffluent et a une couleur qui varie depuis le gris sale et verdâtre jusqu'au noir. On a vu dans des cas semblables la plèvre enflammée présenter cette teinte, ainsi que la peau correspondante à la lésion du poumon. On rencontre çà et là des points ramollis et tombés en déliquium putride, qui répandent une odeur fétide *sui generis*. Toutes les parties malades sont imprégnées de cette bouillie sanieuse. Un engorgement inflammatoire au premier degré, rarement porté jusqu'à l'hépatisation, indique la ligne de séparation placée entre le mort et le vif.

Invasion. La pneumonie présente dans son début beaucoup de variétés; tantôt elle est précédée pendant quelques jours de malaise général, d'inappétence, de lassitudes; tantôt un frisson plus ou moins fort, suivi ou non de chaleur en est le symptôme précurseur. Souvent elle est précédée d'un appareil fébrile, qui ne dénote aucune

affection locale ; quelquefois elle succède à un catharre aigu ; souvent aussi elle survient dans le cours d'une autre maladie.

Symptômes. Quelle que soit la manière dont la pneumonie débute, elle présente communément les symptômes suivans : une douleur plus ou moins vive dans la poitrine, de l'oppression, de la chaleur, de la gêne et de l'accélération dans la respiration, de la toux, l'expectoration de crachats sanguinolens, visqueux, transparens, enfin un mouvement fébrile plus ou moins intense.

Dans la pneumonie simple, la douleur que ressent le malade est sourde, obscure, augmente ordinairement dans l'expiration, ou ne se fait sentir que par intervalle, pendant la toux, les efforts pour cracher et les redoublemens. Quelquefois le malade n'accuse aucune douleur, c'est ce qui a lieu surtout lorsque l'inflammation est profonde et a son siége dans le centre de l'organe. Quand la plèvre correspondante au poumon malade participe à la phlegmasie, ce qui a lieu le plus souvent, la douleur est aiguë, pongitive, augmente par les mouvemens de la respiration, la toux, la pression, et elle a souvent son siége au-dessous de la mamelle.

La toux est ordinairement fréquente, pénible, sèche dans le principe, humide à une époque plus avancée ; elle est excitée par un air froid, le parler, l'ingestion dans l'estomac de substances fraîches ; quelquefois elle est spontanée, quelquefois nulle.

La respiration est fréquente, courte ; comparée avec le nombre des pulsations du cœur dans un temps donné, elle est comme 1 : 3, et même quelquefois comme 1 : 2 ; tandis que dans les cas ordinaires, la circulation de l'air dans les poumons ne rencontrant aucun obstacle, la respiration se trouve dans le rapport de 1 : 4, et en général, plus la pneumonie occupe d'étendue, plus la respiration est accélérée ; cependant il y a des sujets chez lesquels l'inflammation du poumon étant légère et peu étendue, la dyspnée est très-forte : ceci

s'observe spécialement chez les personnes nerveuses, chez les femmes, les enfans ; d'autres fois, au contraire, on voit des pneumonies très-graves ne donner lieu qu'à très-peu de dyspnée.

L'aspect des crachats varie : au début ils sont muqueux, filans, peu abondans ; ils deviennent ensuite sanguinolens, spumeux, demi-transparens, visqueux et très-adhérens aux parois du vase. Quelquefois ils ressemblent à une masse gélatiniforme, tremblotante, se roulant sur elle-même lorsqu'on incline le crachoir ; tantôt ils sont verdâtres ou jaunâtres ; d'autres fois ils sont en partie muqueux, et quelques-uns seulement présentent les caractères que je viens de décrire : dans quelques cas ils ressemblent à une dissolution concentrée de gomme arabique teinte d'un peu de sang, à du sucre d'orge, à du jus de pruneaux, presque diffluens, ayant leur surface recouverte d'une petite écume blanche, que l'on enlève facilement par le souffle. Les pneumonies qui présentent de semblables crachats sont souvent mortelles. Quelquefois l'expectoration est nulle, ou seulement catharrale. J'ai maintenant sous les yeux un jeune homme de vingt-deux ans, affecté d'entérite, chez lequel l'auscultation seule à fait découvrir une pneumonie occupant le tiers inférieur et postérieur d'un des poumons, et qui n'a ni douleur de côté, ni toux, ni crachats ; il ne se plaint pas de gêne dans la respiration ; mais en observant les mouvemens de la poitrine, on s'aperçoit qu'ils sont accélérés et nullement en rapport avec l'état du pouls.

Signes physiques. Dans les premiers jours de la maladie, la poitrine ne fournit aucun phénomène remarquable à la percussion ; mais lorsque la pneumonie passe du premier au second degré, le son s'obscurcit et devient tout à fait mat. L'auscultation présente des signes certains, presque aussitôt après l'invasion de la pneumonie. L'oreille, seule ou armée d'un stétoscope, appliquée contre les parois thoraciques, entend dans le point correspondant à la phlegmasie un bruit qui imite assez bien celui du sel qui décrépite au feu, ou celui du

parchemin que l'on froisse entre les doigts, *Laennec* l'a appelé *râle crépitant.*

Chez quelques sujets le râle crépitant est le seul phénomène que l'oreille distingue; chez d'autres, on entend dans le même point, mais faiblement, le bruit respiratoire. Quelquefois le râle crépitant est accompagné de râle muqueux. Dans les parties des poumons restées saines la respiration est plus forte que de coutume, elle se rapproche plus ou moins de celle des enfans. Le râle crépitant sec, fin, égal, est un signe pathognomonique de la pneumonie au premier degré. *Laennec* dit l'avoir rencontré dans toutes ces affections. Cependant, quand l'inflammation a son siége au centre du poumon, dans sa partie médiastine, il arrive assez souvent que l'oreille ne distingue aucune crépitation, et si cette affection n'était révélée à l'observateur par d'autres signes elle lui resterait inconnue. J'ai vu, il y a quelque temps, un jeune homme d'une vingtaine d'années présentant tous les autres signes de la pneumonie, et chez lequel l'auscultation, pratiquée avec soin, n'a pu découvrir de crépitation dans aucun point des poumons; ce ne fut qu'au bout de quelques jours, lorsque l'inflammation s'avança vers la périphérie de l'organe que l'on put entendre le râle crépitant.

Symptômes généraux. Les poumons, intimement unis à tous les organes de l'économie par des liens qui entretiennent entr'eux une correspondance réciproque, ne peuvent être lésés dans leurs fonctions sans que ceux-ci ne s'en ressentent plus ou moins et n'éprouvent des changemens dans leur manière d'agir habituelle. Aucun d'eux n'est plus influencé que le cœur. En général, le pouls est plein, large, fréquent, comme dans l'inflammation des parenchymes; il est quelquefois petit, concentré, irrégulier et intermittent, surtout lorsque la douleur est très-vive; le visage est injecté, la coloration de la pommette, que les anciens donnent comme un signe de la pneumonie, n'a souvent lieu que du côté où se fait le décubitus; les yeux sont quelquefois rouges et larmoyans; la peau, universellement rosée, est

chaude, moite et même couverte de sueur; les fonctions digestives peuvent être troublées, soit sympathiquement, soit que les organes chargés de les exécuter participent à l'inflammation. Il y a ordinairement constipation; les urines sont rouges, rares, et déposent au bout de quelques jours un sédiment briqueté. Les facultés intellectuelles sont le plus souvent intactes, leur trouble est toujours fâcheux. Chez les enfans, on observe souvent du délire, leur sommeil est agité, interrompu par la douleur, la toux et la dyspnée, d'où résulte une insomnie continuelle.

Quand la pneumonie est double, lorsqu'elle est compliquée d'épanchement dans la poitrine, il survient fréquemment l'enflure des extrémités, la bouffissure de la face, tant à cause de la gêne de la circulation qu'à cause de l'imperfection de l'hématose.

Marche et terminaison. Parvenue au troisième ou quatrième jour de son invasion, la pneumonie peut se terminer par résolution, ce qui est le cas le plus heureux, ou elle continue à faire des progrès et passe au second degré. Dans le premier cas, on observe une diminution de tous les symptômes; la toux est plus rare, la matière de l'expectoration moins rouge, moins visqueuse, puis elle devient muqueuse, ou cesse entièrement; le bruit respiratoire, faible d'abord, devient de plus en plus prononcé; la fièvre et les autres symptômes généraux diminuent d'intensité et finissent par disparaître complètement; la douleur ne se fait plus sentir que par la toux ou les violens efforts de respiration, puis elle cesse entièrement. C'est dans cette première période que l'on observe surtout les phénomènes critiques; elle dure depuis trois ou quatre jours, huit jours, selon la marche plus ou moins rapide et bénigne de la maladie. Lorsque l'inflammation occupe une grande surface du poumon, ou les deux à la fois, la mort peut en être la suite, sans qu'elle soit encore parvenue au second degré.

Un râle crépitant plus gros, moins égal, marque le passage du premier au second degré; mais ce caractère est difficile à saisir, à cause de la rapidité avec laquelle s'effectue cette transition. Parvenue à

cette période, le son devient de plus en plus obscur à la percussion, puis tout à fait mat, le râle crépitant est remplacé par le râle bronchique ; l'oreille appliquée contre les parois thoraciques entend un retentissement considérable de la voix lorsque le malade parle ou tousse, le bruit de la respiration ne se fait plus entendre. La dyspnée est très-grande, la toux fréquente ; les crachats varient, tantôt séreux, muqueux, rouges et souvent nuls ; la fièvre augmente aussi, la faiblesse fait des progrès, le malade offre une altération profonde des traits. Arrivée à ce degré, la pneumonie est toujours fort grave et se termine souvent par la mort. Elle peut rester dans cet état pendant un temps plus ou moins long, quatre jours, huit jours, et se terminer par résolution ou passer à la suppuration.

Dans le premier cas, le râle bronchique cesse, le râle sous-crépitant, appelé *rhoncus crépitans redux*, par *Laennec*, analogue à celui qui avait marqué le passage du premier au second degré, apparaît, puis il est remplacé par un râle muqueux, quand à la suite de la pneumonie il est resté un catharre, ce qui arrive souvent. Le bruit respiratoire reparaît et devient de plus en plus sensible, le son s'éclaircit ; l'état général suit la même progression, la fièvre diminue, puis elle cesse ; la respiration reste presque toujours un peu plus gênée qu'à l'ordinaire pendant quelque temps.

Si au contraire la maladie fait des progrès, on voit s'aggraver simultanément tous les symptômes locaux et généraux : la gêne et la fréquence de la respiration augmentent de jour en jour, l'expectoration devient grisâtre, jaunâtre, ou est nulle, soit à cause de la viscosité des crachats, soit à cause de la faiblesse du malade, qui empêche leur expectoration ; ils s'accumulent dans les bronches et y déterminent une sorte de gargouillement. Le décubitus a lieu sur le côté malade ou sur le dos. Souvent le patient est obligé de donner à la poitrine une direction verticale ; sa voix s'altère ; son pouls est petit et irrégulier, son visage livide, bouffi ; les membres se refroidissent ; enfin la mort survient au milieu de l'agonie.

On devra craindre la suppuration toutes les fois que, passé le se-

cond septénaire, il n'y aura eu aucune rémission. La pneumonie, parvenue à cet état, n'a pas de signes caractéristiques ; ils sont les mêmes que ceux de la seconde période. M. *Andral* donne comme des signes propres à cette période, l'aspect jaune-paille de la face, les crachats ressemblant à du jus de pruneaux, mais ces phénomènes ne sont pas d'une assez grande valeur, puisqu'ils peuvent se rencontrer dans les autres degrés de la pneumonie ou manquer totalement.

Lorsque le pus a détruit le parenchyme pulmonaire et s'est rassemblé en foyer, le malade présente tous les phénomènes que l'on observe ordinairement dans une excavation caverneuse du poumon : ainsi on entend la pectoriloquie, le gargouillement, le râle caverneux ; une expectoration de matières purulentes en plus ou moins grande quantité a aussi lieu.

La terminaison par gangrène est extrêmement rare. Elle est plutôt due à la faiblesse des individus épuisés par les chagrins ou la mauvaise nourriture, à la nature délétère de certaines causes, comme l'influence des miasmes marécageux, le concours de quelque épidémie, qu'à l'intensité de l'inflammation. *Laennec* la rapproche des affections gangréneuses par leur nature, dans lesquelles les symptômes inflammatoires ne sont que secondaires.

Les symptômes qui la feront soupçonner sont : la prostration des forces ; la petitesse, l'intermittence du pouls, qui est misérable ; l'oppression est extrême, la toux rare ; l'expectoration de crachats verts ou noirâtres, horriblement fétides, ainsi que l'haleine du malade, qui a une odeur gangréneuse repoussante ; des sueurs froides, générales et copieuses se manifestent ; la face est cadavéreuse ; les yeux sont mornes, tristes, abattus ; le malade pousse des cris plaintifs, et sent qu'une atteinte profonde est portée à sa vie.

Diagnostic différentiel. La pneumonie pourrait être confondue avec la pleurésie, le catarrhe pulmonaire, l'œdème du poumon et la pleurodynie.

Dans la pleurésie, la douleur est pongitive, la toux sèche. Cette affection est promptement suivie d'un épanchement plus ou moins considérable, donnant lieu à plusieurs phénomènes importans, à l'absence du bruit respiratoire dans toute la partie du poumon occupée par le liquide ; on entend l'égophonie à la partie supérieure de l'épanchement ; s'il augmente ou diminue, on peut en suivre les progrès au moyen de ce signe ; s'il est très-considérable, l'égophonie cesse, et reparaît lorsque la résorption se fait. Quelquefois l'égophonie est remplacée par la bronchophonie, dans quelques cas même par un bruit qui approche de la pectoriloquie ; dans ces circonstances, il faut avoir recours aux symptômes généraux, qui sont en général plus graves dans la pneumonie que dans la pleurésie.

Dans la pleurodynie, la douleur est superficielle, augmente par la pression, les mouvemens du bras ; le son est clair et la respiration naturelle.

Le catarrhe pulmonaire n'est pas accompagné de douleurs de côté, de son mat, de râle crépitant ni de résonnance de la voix ; il est caractérisé par la faiblesse du bruit respiratoire dans divers points de la poitrine, par les râles sibilant, ronflant, et un râle muqueux à très-grosses bulles. Les crachats sont muqueux, opaques, ou ressemblent à l'albumine de l'œuf ; ils ne sont nullement visqueux.

L'œdème se distingue de la pneumonie principalement par ses symptômes généraux. En effet, cette affection, qui survient le plus souvent chez les sujets affaiblis et cachectiques vers l'époque de la terminaison de certaines fièvres, est caractérisée par un râle crépitant plus gros et plus humide que celui que l'on observe ordinairement dans l'inflammation des poumons ; la fièvre est nulle ou très-faible, la respiration peu gênée, la sonoréité de la poitrine ne diminue que dans les cas d'œdème très-étendu et très-intense, les crachats sont presque aqueux et plus ou moins abondans.

Traitement. Depuis *Hippocrate* jusqu'à nos jours, la plupart des médecins n'ont cessé de vanter les bons effets de la saignée dans le trai-

tement de la pneumonie. On conçoit en effet combien, dans ce cas, d'abondantes saignées peuvent être utiles, en enlevant une partie du sang qui doit traverser le poumon pour y être soumis au contact de l'air; elles diminuent l'activité de ses fonctions. On doit proportionner la quantité de sang qui doit être soustraite à l'intensité de l'inflammation, son étendue, à l'âge du sujet et à son état général.

Si l'inflammation est intense, étendue; si le sujet est jeune et pléthorique, bien constitué, on commencera par une saignée de seize à dix-huit onces, et on y reviendra plusieurs jours de suite, si l'état de la maladie l'exige et les forces du sujet le permettent. Chez les enfans, lorsque la saignée peut être pratiquée, elle a des effets très-avantageux; mais les veines étant très-petites, on obtient peu de sang; alors on la remplace avantageusement par les sangsues et les ventouses scarifiées. La petitesse, la contracture du pouls, la pâleur de la face, la faiblesse, ne sont pas toujours une contr'indication aux émissions sanguines; souvent cet état de débilité n'est qu'apparent, et on voit le pouls se développer, la faiblesse diminuer à mesure que le sang coule.

Chez les vieillards, les émissions sanguines doivent être modérées et proportionnées à la force des individus; lorsqu'elles sont trop copieuses, elles les jettent dans un état de faiblesse qui leur est souvent funeste. Les anciens regardaient la saignée comme suspecte après les premiers jours de la maladie; ils craignaient de supprimer l'expectoration, et donnaient pour précepte de s'en abstenir après le cinquième ou sixième jour. L'expérience démontre tous les jours que l'on peut en faire usage à toutes les époques de la maladie, toutes les fois que la nature des symptômes l'exige.

Les sangsues s'emploient avec avantage dans cette affection, surtout lorsqu'il y a pleuropneumonie avec point de côté. Chez les enfans, dont les parois thorachiques sont minces, la quantité de sang qu'elles tirent est assez considérable pour remplacer la saignée. M. *Broussais* combine ordinairement les saignées générales avec les saignées locales, et regarde ce moyen comme le plus efficace et

le plus utile dans le traitement de la pneumonie. Les ventouses scarrifiées ont à peu près le même mode d'action que les sangsues, qu'elles peuvent à leur défaut remplacer.

On donne pour boisson au malade des infusions de fleurs de violette, de mauve, de coquelicot; on prescrit en même temps des loochs, des potions gommeuses pour calmer la toux, des lavemens émolliens pour entretenir la liberté du ventre. On emploie aussi avec avantage les préparations opiacées dans certains cas, lorsque les douleurs et les quintes de toux tourmentent le malade et lui causent de l'insomnie. Lorsque les symptômes locaux et généraux ont diminué d'intensité, ou sont restés stationnaires par défaut de réaction, on substitue quelquefois avec avantage aux émolliens les boissons légèrement excitantes, telles que le polygala sénéca de Virginie, le kermès à la dose de deux à quatre grains, dans un looch ou une potion.

Après la méthode antiphlogistique, les révulsifs sont regardés par beaucoup de praticiens comme les moyens les plus efficaces.

Les plus usités sont: les vésicatoires, les sinapismes, les ventouses scarrifiées ou sèches, les cautères; on peut les appliquer aux jambes, aux cuisses, aux bras, à la poitrine; *Stoll*, *Pringle*, *Cullen*, les plaçaient sur la poitrine; *Baglivi*, aux extrémités inférieures. *Laennec* dit que lorsqu'ils sont appliqués sur la poitrine ils augmentent souvent l'intensité de la fièvre, et par cela même la congestion pectorale; ils gênent en outre l'action des muscles inspirateurs.

Les vomitifs, et notament l'émétique, ont souvent été employés surtout par les anciens dans les pneumonies dites *bilieuses*. Stoll, au commencement de la maladie, donnait toujours le tartre stibié, en même temps qu'il pratiquait une émission sanguine.

Le tartre antimonié de potasse est employé à haute dose, selon la méthode de *Rasori*, qui en vante beaucoup l'usage dans le traitement de la pneumonie. Cette méthode a été introduite en France par *Laennec*, qui l'essaya d'abord dans les cas où la saignée était contr'indiquée; ensuite après avoir pratiqué une ou plusieurs émissions sanguines;

plus tard, il traita plusieurs pneumonies franches uniquement par ce moyen, et avec succès. Il en donnait d'abord six grains dans six demi-verres d'infusion de feuilles d'oranger; il rendait ce breuvage le plus agréable possible, en l'édulcorant avec un sirop quelconque; il en faisait prendre une dose de deux heures en deux heures, et recommençait le lendemain et les jours suivans. Le malade a souvent le premier jour des vomissemens, des évacuations alvines, mais ils cessent ordinairement après de nouvelles administrations. *Laennec* a porté, dans certains cas, la dose d'émétique jusqu'à douze, dix-huit, vingt-quatre grains; il avait soin d'augmenter la proportion de véhicule, et souvent cette méthode hardie a été couronnée de succès. Lorsque les vomissemens persistent le second et le troisième jour, il faut ajouter dans les six doses du liquide qui doivent être prises dans les vingt-quatre heures une à deux onces de sirop de diacode.

Depuis cet auteur l'émétique a été employé par plusieurs praticiens, qui ne sont pas tous d'accord sur son efficacité, car les uns en vantent beaucoup l'usage et les autres le blâment.

Quoi qu'il en soit, ce médicament exige beaucoup de prudence et d'habitude de la part du médecin. On ne devrait le mettre en usage qu'après les émissions sanguines, chez les vieillards, chez les personnes faibles. On doit éviter son emploi chez tous les sujets dont les viscères abdominaux présentent des signes d'irritation, et chez les enfans, dont cette membrane est très-susceptible.

Pendant la durée de l'inflammation on doit faire observer aux malades une diète sévère, leur faire garder le silence, autant que possible, dans la crainte de fatiguer les organes déjà malades. Lorsque l'inflammation sera tombée, on soutiendra les forces des sujets en leur donnant quelques cuillerées de potage, plus tard quelques alimens solides, defacile digestion. On en varie la nature et la quantité selon l'état, l'âge et l'idiosyncrasie des individus. Lorsqu'ils commencent à quitter la chambre, il faut qu'ils évitent avec soin de s'exposer au froid et à l'humidité; ils devront se couvrir la poitrine d'un gilet de flanelle.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Acutorum morborum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis.

II.

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum.

III.

Spontaneæ lassitudines morbos denuntiant.

IV.

In omni corporis motu cùm fatigari cæperit, quies confectìm lassitudinis est remedium.

V.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum.

VI.

Æstate et autumno cibos difficillimè ferunt, hyeme facillimè deindè vere.